



Pós-Graduação em  
**Atenção Básica  
em Saúde da Família**



FIOCRUZ  
UNIDADE CERRADO PANTEÃO

**CLEITON GIUPATTO NASCIMENTO**

**CRIAR MODELOS DE INTERVENÇÕES NO GRUPO DE HIPERTENSÃO NA  
BUSCA EFETIVA DA QUALIDADE DOS ENCONTROS COM O  
CONTROLE DAS CÍFRAS NA ESF 30 IZIDRO PEDROSO**

**CAMPO GRANDE / MS  
2015**

**CLEITON GIUPATTO NASCIMENTO**

**CRIAR MODELOS DE INTERVENÇÕES NO GRUPO DE HIPERDIA NA  
BUSCA EFETIVA DA QUALIDADE DOS ENCONTROS COM O  
CONTROLE DAS CIFRAS NA ESF 30 IZIDRO PEDROSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul como  
requisito para obtenção do título de Especialista em  
Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.(a): Cristiany Incerti de Paiva  
Rodrigues

**CAMPO GRANDE / MS  
2015**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pais, Sr. Aristeu e Dona Gilda. O melhor marceneiro e a melhor costureira que conheci. À estes que com simplicidade, trabalho e exemplo de vida me formaram o ser humano que sou. Apesar de todos os desafios.

## **AGRADECIMENTOS**

Dedico este trabalho primeiramente a Deus que com sua infinita bondade me deu a possibilidade de realizar o que mais gosto, me dedicar em fazer um mundo melhor.

Também a minha família que sempre acreditou e apoiou minha escolha e que mesmo nas maiores dificuldades encontradas buscaram forças e me motivaram a seguir a diante.

Não posso deixar de mencionar os meus amigos, e que não foram poucos, uns menos, outros com dedicação plena confiaram e que a cada um destes estão guardados em meu coração para sempre.

## **EPÍGRAFE**

Doenças crônicas não transmissíveis, preveníveis e completamente tratáveis com prevalência a vida quando iniciado cuidado de suas cifras, o que na Estratégia saúde da família, fortalecida ainda mais com o Programa MAIS MÉDICOS, permite com ações contínuas de educação, monitoramento e cuidado na garantia do tratamento correto, o Médico estimula a participação de toda a equipe multiprofissional e recursos disponíveis, somadas ao programa existente HIPERDIA, no empenho da melhoria da qualidade de vida da população em geral.

**ACREDITAR, PARA VENCER!**

## RESUMO

Criar modelos de intervenções que sejam efetivos ao controle de *hipertensão* e a *diabetes* na comunidade, sendo estas duas doenças interligadas, com graves complicações que levam a morte. E sendo preveníveis com possibilidade de melhoria de qualidade de vida. Agir o quanto antes é a melhor forma de evitar maiores agravos. Muito se fez e se tem feito no controle e redução do impacto dos riscos, porém criar modelos de intervenções no grupo de hiperdia na busca efetiva da qualidade dos encontros com o controle das cifras na ESF 30 Izidro Pedroso foi o grande desafio para implantação deste Projeto de intervenção – PI.

Um dos maiores desafios foi o de resgatar a confiança da comunidade e a motivação da *equipe* de trabalho, teve-se como objetivo desenvolver ações conjuntas com todos os membros da equipe e demais colaboradores, pacientes e familiares no que se refere a hipertensão e diabetes mellitus tipo 2 à respeito de suas causas e riscos, na busca de normalizar as cifras, com orientações preventivas, controle e constante melhoria da qualidade de vida da população, realizar avaliação detalhada dos níveis pressóricos e de glicemia, revisando tratamentos e seus hábitos e formas de vidas, que dificultavam suas estabilidades, melhoria do grau de conhecimento de todos, comunidade e equipe de trabalho, com relação as nossas realidades e aprendermos a criar estratégias de enfrentamento e reduzir os agravos, riscos e melhoria da qualidade de vida de cada um. Nem todos os objetivos foram alcançados, porém nos deu um caminho, confiança, autoestima, de provar que com a equipe unida junto com a comunidade participativa e conhecendo seus limites, podemos realizar muito mais pela frente. Seguir em frente, sempre.

Palavras chave: hipertensão, diabetes e equipe

## **ABSTRACT**

Create models of interventions that are effective to control hypertension and diabetes in the community, and these two interrelated diseases with serious complications that lead to death. And being preventable with the possibility of improvement of quality of life. Act as soon as possible is the best way to avoid further injuries. Much has been done and has been done in controlling and reducing the impact of risk, but create models of interventions HIPERDIA group in the effective pursuit of quality meetings with the control of the figures in the FHS 30 Izidro Pedroso was the great challenge for the implementation of this Project intervention - PI.

One of the biggest challenges was to restore confidence of the community and the motivation of the work team, we had as objective to develop joint actions with all members of staff and other employees, patients and family members with regard to hypertension and diabetes mellitus Type 2 to about its causes and risks, seeking to normalize the numbers, with preventive guidance, control and continuous improvement of people's quality of life, conduct detailed assessment of blood pressure and blood glucose, reviewing treatments and their habits and ways of lives, that hindered their stability, improving the level of knowledge of all, community and teamwork, regarding our realities and learn to create coping strategies and reduce the effects, risks and improving the quality of life of each. Not all objectives were achieved, but gave us a way, confidence, self-esteem, to prove that with the team together along with participatory community and knowing your limits, we can accomplish much more to come. Move on, always.

Keywords: hypertension, diabetes and crew

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....</b>                            | <b>8</b>  |
| <b>1.1 Introdução.....</b>                                      | <b>8</b>  |
| <b>1.2 Objetivos: Geral e Específicos.....</b>                  | <b>11</b> |
| <b>2 ANÁLISE ESTRATÉGICA.....</b>                               | <b>12</b> |
| <b>3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....</b> | <b>15</b> |
| <b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                              | <b>20</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>22</b> |
| <b>APÊNDICES.....</b>   | <b>25</b> |



## 1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

### 1.1 Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis-DCNT são as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 63% dos óbitos. A maioria dos óbitos são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório (DAC), à diabetes, além do câncer e às doenças respiratórias crônicas. Das doenças do aparelho circulatório, a elevação das cifras tensionais (acima de 140x90 mm/Hg), chamada hipertensão é importante fator de risco. Além disso, a hipertensão está, ainda, associada às demais doenças e condições crônicas, tais como doença renal crônica, diabetes, entre outras. O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia (valores de glicose acima de 126mg/dl em jejum) e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina<sup>1</sup>.

Como nos outros países, no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis também se constituem como o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), diabetes (5,2%) e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo., e o seu custo social é extremamente elevado e a sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. O DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise<sup>1</sup>.

Nas diferentes regiões do Brasil, as mais pobres, Norte e Nordeste, apresentaram menor declínio na mortalidade por DCNT de 1996 para 2007,

permanecendo com as maiores taxas do Brasil. Além disso, verificou-se aumento na mortalidade por diabetes e outras doenças crônicas nessas regiões. O Estado de Mato Grosso do Sul possui 2.449.024 habitantes, sendo 1.219.928 masculino e 1.229.096 do sexo feminino (IBGE 2010), distribuídos em 78 municípios, estão cadastrados no Sistema de monitoramento HIPERDIA - 16.754 Diabéticos e Hipertensos no Estado do Mato grosso do Sul e no Município de Dourados integrante da Mesorregião do Sudoeste de Mato Grosso do Sul e da Microrregião de Dourados, sua área total de 4.086 km<sup>2</sup> e população total de 173.647 (IBGE 2010). Estão cadastrados 3.350 Diabéticos e Hipertensos. Sendo na área em que atuo, ESF 30 na Unidade do Izidro Pedroso cadastrados 352 Hipertensos e 139 Diabéticos (até o mês de Setembro de 2014) do total de 4.347 pacientes cadastrados neste período<sup>2</sup>.

O Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus, levou à detecção e à incorporação ao sistema de saúde de pessoas com HAS e DM. Como resultado, o diagnóstico e o tratamento foram aperfeiçoados na Atenção Básica, por meio da implantação de normas orientando o cuidado ao portador. Além disso, os medicamentos básicos para controle de hipertensão e diabetes são disponibilizados gratuitamente por meio do Programa Farmácia Popular. Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da AB é fundamental, pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros. Essas evidências lhe conferem magnitude, em razão do agravamento das condições de saúde do indivíduo, concorrendo para a perda da qualidade de vida, para a letalidade precoce das doenças, para os altos custos sociais e do sistema de saúde (SUS e sistema suplementar). O manejo adequado da hipertensão arterial, de caráter prioritário, requer ações articuladas nos três eixos em que está desenhado o presente Plano: a vigilância da hipertensão, das comorbidades e de seus determinantes; a integralidade do cuidado; e a promoção da saúde<sup>3</sup>.

Visto da importância de aprimorar as ações de HIPERDIA, com maior efetividade e participação de todos da equipe, assim como da equipe NASF, comunidade com seus recursos e capacidade de mobilização. Ações orientadoras, educativas, esclarecedoras, humanitárias e mais próximas do paciente e de seus

familiares, com melhor orientação quanto à práticas integrativas e complementares, alimentares, medicamentosas corretas e atividade física e intelectual, com o objetivo de maior controle das cifras tensionais e glicêmicas com a capacidade de criar modelos de intervenção no grupo de hiperdia na busca efetiva da melhoria da qualidade dos encontros. Após três reuniões com todos os membros da equipe 30, foi decidido aprimorar as atividades de grupo de hiperdia, não apenas abordando HTA e Diabetes, mais sim outros que venham a ser de relevância e possibilitem parâmetros de resultados a serem medidos com ênfase de estabelecer melhor proximidade da realidade vivida na comunidade, não apenas aos pacientes com tais enfermidades, mais também aos seus familiares e que venham a trazer temas de relevância que repercutam em toda a comunidade e assim melhorar na qualidade de vida da comunidade com maior satisfação da atenção oferecida pela equipe de saúde<sup>4</sup>.

Verificou-se a necessidade de implantação do projeto devido à dificuldade de planejamento de atividades estruturadas aos pacientes do Grupo de Hiperdia, apenas um encontro mensal, feito na Associação de amigos do bairro, com a participação de parte da equipe com mais de 50% dos pacientes com diagnóstico de no mínimo um ano, com medicação continua encontravam-se com cifras alteradas e/ou sinais de complicações.

Com esta análise foi proposto criar novos modelos de ação aos Grupo de HIPERDIA que possa assim demonstrar a fundamental importância destas ações envolvendo todos na equipe de saúde da família e demais colaboradores NASF nas ações de orientação, prevenção e controle das cifras em pacientes Hipertensos e diabéticos tipo 2, reduzindo agravos e na busca de melhoria da qualidade de vida com a melhoria das atividades sendo mais estruturadas e uma maior corresponsabilidade de pacientes e seus familiares<sup>5</sup>.

O objetivo principal deste Projeto de Intervenção é de que ao chegarmos ao fim sejamos capazes de planejarmos as ações, com busca de melhoria dos indicadores destas doenças e reduzindo os agravos produzidos por suas complicações com a devida continuidade das mesmas, em busca de seu aperfeiçoamento por parte da equipe e demais colaboradores e da comunidade nas

suas ações com o intuito de alcançar melhoria destes números e o que é melhor, com a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, com a satisfação da equipe.

## **1.2 Objetivos**

### **Geral**

Desenvolver ações conjuntas com todos os membros da equipe e demais colaboradores, pacientes e familiares no que se refere a hipertensão e diabetes mellitus tipo 2 à respeito de suas causas e riscos, na busca de normalizar as cifras, com orientações preventivas, controle e constante melhoria da qualidade de vida desta população.

### **Específicos**

- Ampliar o número de dias de atendimento em grupo nos encontros de hiperdia, de mensalmente à semanalmente;
- Dividir por microáreas os dias do encontro, sendo todas as quartas feiras, estabelecendo cada semana com microáreas correspondentes;
- Estabelecer os encontros em local mais próximo da comunidade, tendo em conta que a área da equipe 30 se encontra distante da Unidade de Saúde, levando em conta o estado de saúde do paciente e sua dificuldade de locomoção;
- Garantir a participação de todos os membros da equipe
- Garantir a participação da equipe do NASF,
- Melhorar as cifras tensionais e de glicemia,
- Melhoria do grau de conhecimento do público alvo e da equipe a respeito destas patologias e dos seus riscos;

## 2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

Será realizado um projeto de intervenção sobre como criar modelos de intervenções no grupo de hiperdia na busca efetiva da qualidade dos encontros com o controle das cifras dos pacientes da equipe 30, que possui sete micro áreas, um grande número de pacientes, sendo a maior área de abrangência do município com 4.387 pacientes até abril cadastrado e com projeção de crescimento.

Com o projeto pretendo a redução o número de atendimento médico a hipertensos e diabéticos, no qual procuram a unidade apenas para troca de receita sem acompanhamento efetivo e controle dos níveis glicêmicos e hipertensivos, podendo estes serem acompanhados em grupo nas reuniões de HIPERDIA.

A equipe se reuniu em quatro ocasiões para discutir qual o tema de maior relevância a realizar este Projeto de intervenção baseado na realidade do cotidiano.

Serão utilizados os seguintes procedimentos: consultas aos prontuários, ao SIAB, realização de exames complementar como glicemia, hemoglobina glicada, função renal e fundo de olho.

Verificou-se a necessidade de iniciar mudanças imediatas, entre estas, ampliação do número de encontros, sendo de mensal à semanal, a re-divisão das áreas para que participem em menor número, porém com atividades mais dinâmicas e intervenções mais individuais, a participação de todos os membros da equipe, incluindo saúde bucal e demais convidada (equipe NASF e outros) e que fossem feitas em local mais próximo da comunidade. Todas feitas por sugestões dos próprios usuários.

O projeto será com um grupo de pacientes hipertensos da comunidade Izidro Pedroso, consistindo em uma amostra de 28 pacientes (n=28) hipertensos e diabéticos, que tem como características que são pacientes descompensados de sua doença.

As atividades do grupo serão semanais no centro comunitário, que é onde são desenvolvidos o hiperdia, e o acompanhamento individual, se necessários, na própria USF. Realizando os encontros por micro áreas a cada quarta-feira do mês, sendo na primeira semana do mês com as micros um e dois, a segunda com as micros três e quatro, na terceira com as micros cinco e seis e na quarta semana do mês com a micro área sete (a mais numerosa), elaborando planilhas individuais de todos os pacientes Hipertensos e Diabéticos que frequentam as atividades de grupo. Após este processo os prontuários dos pacientes serão divididos em pastas separadamente por micro áreas. Será realizada busca ativa por todos os membros da equipe, desde os agentes de saúde, a consulta médica, de enfermagem e de

odontologia, aos pacientes Hipertensos e Diabéticos que estão afastados e que se disponham a participar das atividades. Fortalecendo e reforçando os conceitos destas duas patologias em equipe nas reuniões de equipe, quinzenalmente e assim avaliando nestas os resultados alcançados e também deixando sempre em aberto sugestões de melhorias e críticas às atividades realizadas.

Na prática, ao oferecermos atividades mais dinâmicas ao grupo de HIPERDIA, percebe-se uma melhora nos níveis tanto glicêmicos como de PA com melhoria da qualidade de vida e da expectativa de vida. Com redução das remissões aos especialistas com complicações graves, redução de medicação, melhor conhecimento de sua doença e suas limitações e complicações, com maior envolvimento familiar. Comprovado pelo estudo realizado a pacientes diabéticos, recrutados do Projeto de Atendimento Nutricional a Diabéticos da Terceira Idade, por estudantes de Nutrição da Universidade Federal de Viçosa<sup>3</sup>.

As atividades devem ser dinâmicas e com a participação de toda equipe de saúde, comunidade e demais que venham a enriquecer, como centros formadores, universidades, comércio local, entidades religiosas e outros. Conforme salienta este estudo realizado pelos estudantes em Viçosa.

Também reforça o qual é fundamental que haja participação ativa da população alvo e seus familiares, para que se realize ao início de cada ano o planejamento de ações, com metas a serem traçadas, com prazos definidos a serem alcançados, em grupo e individualmente.

Sendo as atividades divididas em suas respectivas micro áreas, será elaborado um painel de monitoramento de cada micro área e com o número das famílias. Também serão individualizadas pastas de cada micro área com os prontuários dos pacientes portadores de Diabetes e HTA. Assim como serão separados os subgrupos, HTA isolada, HTA com complicações, HTA + DIA, DIA isolada c/ uso de Insulina e DIA isolada e DIA com complicações.

Nas atividades serão realizados momentos de medição individual dos níveis glicêmicos e pressóricos com atividade corporal e palestras educativas com diversos temas. Sendo reforçados os referentes a suas patologias (HTA e Diabetes), “O que é?”, “Suas causas?”, “Seus riscos e complicações?”, “Formas de prevenir maiores agravos?”. Com orientações nutricionais e de atividade física. O uso correto de seus medicamentos. Também serão realizadas rodas de discussões, para melhor esclarecer as dúvidas e oferecer orientações individuais aos pacientes com níveis alterados e que não tem resposta satisfatória, sendo encaminhadas as consultas médicas para maiores investigações.

Fundamental a participação de toda a equipe da unidade, equipe multiprofissional do NASF, sendo nutricionista, fisioterapeuta, endocrinologista, ginecologista e geriatra. Será organizada a vinda do nutricionista, fisioterapeuta e da psicóloga uma vez ao mês abordando temas importantes na área dentro destas

patologias. Envolvendo-se ativamente, no caso da nutricionista, os tipos de alimentação corretas para estes pacientes, os grupos de alimentos e o que podem interferir em sua saúde. No caso da fisioterapeuta, com orientações de atividades físicas feitas diárias e em suas próprias residências que melhoram sua saúde com suas limitações e o impacto da atividade física na recuperação e bem estar. E assim podem somar-se outros temas e profissionais organizadamente com o apoio de todos da equipe se envolvendo e também aprendendo com estes.

### 3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A equipe 30 é composta no total por 4387 pacientes cadastrados, sendo destes 349 hipertensos, representando 7,96% do total da população e de 135 diabéticos (3,08%). Apresentava uma grande demanda reprimida, com grande número de atendimento à livre demanda, sem planejamento ou agendamento de consultas programadas.

A partir desta, vimos a necessidade de implantarmos agendamento programado por horário, estabelecendo agenda semanal inicial à livre demanda. Víamos que tanto vinham gestantes como pacientes idosos e adolescentes ou crianças num mesmo período. Então nos desafiamos a estabelecer algumas agendas específicas, como períodos próprios para gestantes, idosos e crianças ou adolescentes, especificamente. E assim melhoramos nosso fluxo da unidade.

Tabela 1: Modelo de agendamento implantado conforme nossa realidade

| Segunda   | Terça   | Quarta                                     | Quinta                           | Sexta  |
|---|---|--|----------------------------------|--|
| Curso   | Clínica médica<br>(Ênfase em saúde da mulher) | Grupo Hiperdia                             | Visita domiciliar                | Idoso<br>(Acima 65 anos idade)               |
| Curso   | Gestante e<br>Puérpera/puericultura*          | Clínica médica<br>(Ênfase em saúde mental) | Pediatria<br>(Até 12 anos idade) | Clínica médica<br>(Ênfase em saúde do homem) |
| Agendados quatro pacientes por hora nas três primeiras horas, sendo três encaixes no último horário.<br>*Com exceção dia da gestante, puérpera e puericultura, sendo três gestantes por hora nas três primeiras horas e duas puérperas e com duas puericulturas na última hora. |   |  |                                  |  |

Fonte Própria



Próximo desafio foi o de realizamos o levantamento por cada micro área do quantitativo dos pacientes hipertensos, os diabéticos e os hipertensos com diabetes, mais de dois meses para o levantamento desta informação, no qual estabelecemos que faríamos a busca ativa por cada micro área. Assim separamos por pastas cada micro área individualmente os seus prontuários. Chegando aos números de:

Tabela 2: número de pacientes hipertensos e diabéticos na população – nov. 2014.

| Micro área | Diabéticos  | Hipertensos | Total de população |
|------------|-------------|-------------|--------------------|
| 1          | 27          | 64          | 569                |
| 2          | 23          | 70          | 675                |
| 3          | 18          | 53          | 570                |
| 4          | 15          | 36          | 710                |
| 5          | 19          | 58          | 730                |
| 6          | 10          | 27          | 587                |
| 7          | 23          | 41          | 546                |
| Total      | 135 ~ 3,08% | 349 ~ 7,96% | 4387               |

Fonte: ficha A dos ACS.

Com as informações coletadas e analisadas em equipe, decidimos que atuaríamos primeiramente no grupo de HIPERDIA, com a implantação de uma reunião semanal por micro áreas, sendo divididas por semanas:

Tabela 3: divisão das atividades de HIPERDIA - Micro áreas\semana do mês

|                              |             |         |
|------------------------------|-------------|---------|
| Primeira quarta-feira do mês | Micro áreas | 01 e 02 |
| Segunda quarta-feira do mês  | Micro áreas | 03 e 04 |
| Terça quarta-feira do mês    | Micro áreas | 05 e 06 |
| Quarta - quarta-feira do mês | Micro área  | 07      |

Fonte: própria

Nas primeiras reuniões do grupo de hiperdia tínhamos a média de 15 pacientes por semana. Porém com a realização de busca ativa, este número foi aumentando, chegando hoje a termos em média 20 pacientes por grupo semanal, com o número crescente de diabéticos e hipertensos, com variada idade, com variados anos de patologia e com tratamentos variados, onde alguns já respondiam bem ao tratamento, com seus exames em dia, porém não era a maioria e sim uma minoria.

Iniciamos a reunião com uma breve apresentação do objetivo de nosso trabalho, criar modelos de intervenções no grupo de hiperdia na busca efetiva da qualidade dos encontros com o controle das cifras na ESF 30 Izidro Pedroso, no qual realizamos avaliação dos níveis glicêmicos e pressóricos assim como

antropométricos individualmente e registrando em seus prontuários. Com a finalidade de reforçar a importância da atividade física, realizamos em seguida exercícios de alongamento, no qual com os próprios Agentes de Saúde juntamente com o médico, foram ensinados exercícios simples que pudesse ser feito diariamente em suas casas. Após estes exercícios, realizamos uma roda de discussão, com o intuito de reforçarmos as patologias, sua causas, suas formas de controle e seus riscos com a participação ativa dos usuários. Tirando dúvidas. Em seguida foram feitas abordagens individuais, no qual o médico e enfermeiros avaliaram os resultados dos níveis glicêmicos e pressóricos e os antropométricos, revisamos os tratamentos e chamando um a um discutimos seus hábitos e revisamos seus tratamentos contínuos. Todos registrados em seus prontuários.

Com o intuito de facilitar o controle dos dados criamos subgrupos em cada micro área classificando os diabéticos, hipertensos, com as duas patologias, compensados, descompensados, uso de monoterapia anti-hipertensiva, multiterapia anti-hipertensiva, uso de hipoglicemiantes orais e os insulinos dependentes.

Dessa forma separamos alguns casos de cada subgrupo para termos como referência e melhor controle. Colocados nesse projeto de intervenção.

Tabela 4: subgrupos de pacientes por patologia e tratamento medicamentoso.

| TIPO DE TERAPIA                 | MICRO ÁREA   |    |    |    |    |    |    |
|---------------------------------|--------------|----|----|----|----|----|----|
|                                 | 1            | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  |
|                                 | QUANTITATIVO |    |    |    |    |    |    |
| Hipertenso                      | 64           | 70 | 53 | 36 | 58 | 27 | 41 |
| Diabético                       | 27           | 23 | 18 | 15 | 19 | 10 | 23 |
| Hipertenso e diabético          | 16           | 12 | 9  | 11 | 13 | 6  | 18 |
| Anti-hipertensivo monoterapico  | 9            | 11 | 7  | 6  | 10 | 8  | 5  |
| Anti-hipertensivo multiterapico | 55           | 59 | 46 | 30 | 48 | 19 | 36 |
| Hipoglicemiante oral            | 21           | 17 | 13 | 11 | 12 | 6  | 17 |
| Insulino dependente             | 8            | 5  | 7  | 7  | 11 | 5  | 9  |
| Descompensados                  | 4            | 3  | 3  | 2  | 4  | 3  | 9  |

Fonte: Própria

A partir desta subdivisão iniciamos nossa análise com ênfase nos objetivos a serem alcançados como equipe ativa.

Primeiro objetivo traçado era o de reduzir o número de pacientes descompensados.

Segundo objetivo pactuado em equipe era o de garantir a máxima participação as atividades, os pacientes, para que seguissem seu acompanhamento de controle e monitorar suas variações.

Terceiro objetivo era o de tratar de reduzir o número de medicamentos aos que se encontravam com multi-terapias concomitantes.

Quarto objetivo garantir encontros dinâmicos com maior diálogo e participação tanto da equipe da área, como de apoio como NASF e debatendo suas dinâmicas com os pacientes.

Para finalidade de Projeto de intervenção, utilizamos o subgrupo dos descompensados (n=28). Por serem variados enquanto patologia, terapêutica e faixa etária de idade. Estando da seguinte forma representados:

Tabela 5: Pacientes descompensados por patologia\ micro área.

| Grupo dos pacientes do hiperdia com níveis descompensados de PA e Glicemia<br>Apesar da terapêutica e do acompanhamento garantido pela equipe ESF |  |           |                        |
|---|--|-----------|------------------------|
| Total de 28 pacientes   | Correspondente a 15,6% do total de hipertensos e diabéticos da área. |           |                        |
|   | Hipertenso   | Diabético | Hipertenso e diabético |
| Micro área 01   | 2  | 0         | 2                      |
| Micro área 02   | 3  | 0         | 0                      |
| Micro área 03   | 2  | 1         | 0                      |
| Micro área 04   | 1  | 0         | 1                      |
| Micro área 05   | 2  | 0         | 2                      |
| Micro área 06   | 3  | 0         | 0                      |
| Micro área 07   | 7  | 2         | 0                      |
| <b>TOTAL</b>  | <b>20</b>  | <b>3</b>  | <b>5</b>               |

Fonte: Própria

Iniciando a intervenção a este grupo, estabelecemos que fossem convocados à consulta individual médica e de enfermagem, para identificarmos suas respectivas causas de resistência apesar de serem assistidos em grupo.

Destes em sua maioria tinham:

- mais de 65 anos de idade (89%).
- Moravam sozinhos (72%).
- Não faziam uso dos medicamentos corretamente (92%).
- Com outros problemas de saúde (86%).

Foram feitos exames de controle como Hemograma Completo, plaquetas, glicemia capilar em jejum, hemoglobina glicada, ureia, creatinina, T3, T4 Livre, TSH, e urina I, em todos os pacientes (n=28).

Apresentando em todos os oito (8) diabéticos, valores alterados de hemoglobina glicada, chegando a valores de Glicemia Capilar Media, desde 120 mg\dl até valores de 580mg\dl. E de alterações nos valores de creatinina em 8% do total, com proteinúria acentuada em pouco mais de 50%.

Com ênfase nestes dados realizamos monitoramento mais detalhado e cuidadoso a este grupo em especial. Desde os medicamentos utilizados a forma de

uso, com relação aos seus horários e as doses. Como os pacientes realizavam seu próprio monitoramento diário. Todos feitos pelo período de três meses com a participação dos agentes de saúde, acompanhando individualmente cada um dos seus pacientes nas visitas domiciliares mensais, reforçando em consulta médica e de enfermagem, feitas com o mínimo de duas consultas no período e nas reuniões de Hiperdia, onde no final de cada encontro debatíamos em equipe os resultados e as dificuldades de cada caso(n=28).

Apesar das inúmeras dificuldades de controle e de cuidado continuado, visto que na sua maioria são pacientes rebeldes ao tratamento, com transtornos auditivos, visuais, que vivem sozinhos, sem cuidados, procuramos envolver mais os familiares e em alguns casos os próprios vizinhos.

Considerando os objetivos propostos pelo presente projeto de intervenção, foram alcançados. Até o momento conseguimos estabilizar os níveis em seis destes (21% n=28), os demais 22 pacientes, seguem em monitoramento e incansável busca de sua melhor qualidade de vida.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o objetivo proposto pelo presente projeto de intervenção centrado em desenvolver ações conjuntas com todos os membros da equipe e demais colaboradores, pacientes e familiares no que se refere a hipertensão e diabetes mellitus tipo 2 à respeito de suas causas e riscos, na busca de normalizar as cifras, com orientações preventivas, controle e constante melhoria da qualidade de vida desta população, consideramos parcialmente atingida, visto que tal ação deve ser constantemente aplicada e seu resultado de longo prazo.

Identificou-se entre os maiores desafios, a mudança da rotina do trabalho em equipe no grupo de Hiperdia, por conta da falta de confiança da equipe e do apoio da própria população as ações, por conta da troca constante de profissionais principalmente do médico e de enfermagem, sem estabelecimento de vínculo e o excesso de trabalho por conta da grande demanda reprimida, por conta da falta constante destes profissionais.

Com a finalidade de melhorar o cuidado aos pacientes hipertensos e diabéticos e seus níveis pressóricos e glicêmicos evitando riscos e melhorando sua qualidade de vida, reduzindo a demanda individual à unidade de saúde para simples troca de receita sem controle efetivo destas doenças crônicas. Sendo a partir desta análise feita por este PI, foram alcançados os objetivos pretendidos.

Com a necessidade de ampliar o número de dias de atendimento em grupo nos encontros de Hiperdia, passando de um único encontro mensal para encontros semanais para melhorar a qualidade dos mesmos, com menor número de pacientes, definindo cada encontro por micro área correspondente a demanda de pacientes, foram consideradas alcançados.

Para que pudesse haver maior facilidade de acesso aos encontros, analisando as limitações de muitos pacientes, estabelecemos encontros próximos a comunidade, definindo como local a Associação de amigos do bairro local, o que tem possibilitado alcance parcial, visto que ainda assim, muitos pacientes não se sentem motivados o suficiente a participarem, por sua própria vontade.

Fundamental para o sucesso da intervenção a participação de toda a equipe de trabalho, tanto médico, enfermagem, agentes de saúde, incluindo equipe de saúde bucal. Havendo sido alcançado parcialmente. Devido à resistência da participação de alguns membros da equipe, por falta de motivação, sendo aos poucos conscientes da sua importância.

Enquanto ao objetivo de garantir a participação da equipe NASF, não foi atingida por não haver equipe NASF em nossa equipe até o momento.

Entre os objetivos estão o de melhorar os níveis glicêmicos e tensionais de pressão arterial dos pacientes que participam do grupo, demos importância

primordial aos descompensados (n=28), pelo maior risco, foram parcialmente atingidos (21%), por conta das inúmeras dificuldades encontradas neste grupo de análise - mais de 65 anos de idade (89%); Moravam sozinhos (72%); Não faziam uso dos medicamentos corretamente (92%); Com outros problemas de saúde (86%) e do pouco tempo de análise, sendo um objetivo a longo prazo.

Sem dúvida a partir do momento que garantimos a participação de todos os membros da equipe e maior número de encontro com maior possibilidade de intervenção individual no encontro coletivo, melhorando a comunicação e a relação entre equipe e comunidade. Consideramos que a melhoria do grau de conhecimento do público e da equipe a respeito destas patologias e dos seus riscos se dá de forma gradual e continuada, sendo este um objetivo parcialmente alcançado por ser a longo prazo.

Entre as dificuldades encontradas, está a de maior confiança da equipe em intervenção a comunidade com maior motivação. Cremos que a troca constante de profissionais médicos e de enfermagem, a falta de conhecimento da comunidade a respeito de suas patologias e riscos, sejam os principais desafios encontrados. Porém, com incansável insistência e melhoria do diálogo entre todos os envolvidos, podemos gradualmente melhorar a confiança, conhecimento e o planejamento das ações, superando os desafios.

A melhoria do diálogo e do planejamento das ações, com melhor conhecimento da realidade da área e das limitações encontradas, pouco a pouco são fortalecidas as ações no grupo de Hipertensão.

O projeto foi elaborado, entre muitas demandas a ser identificado, o grupo de Hipertensão, sendo necessária melhoria em sua intervenção, com maior envolvimento da equipe e da comunidade, melhorando o acesso, monitoramento, conhecimento e melhoria da qualidade de vida da comunidade. Sendo estas ações continuadas na busca de aprimoramento e de maior proximidade e confiança em equipe e com a comunidade, com empenho de todos.

**REFERÊNCIAS:**

- 1- Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. P.9, 11, 31, 52, 53.
- 2- Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. P.9, 11, 31, 52, 53
- 3- Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. P 19, 29.
- 4- Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.
- 5- Estudo da Universidade de Viçosa, Campinas no Brasil Maio/Junho de 2008 – Revista de Nutrição vol.21.



## APÊNDICE

Figuras 1 e 2 - Avaliação individual dos dados dos pacientes em prontuário.





Figura 3 - Realização de roda educativa com a participação de toda a equipe.



Figura 4 - Avaliação de níveis glicêmicos e de Pressão arterial, individualmente.





Figuras 5 e 6 - Atividade física em grupo, pela própria equipe.



## **APÊNDICES**

USF - Unidade saúde da família.

UBS - Unidade Básica de saúde

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DAC - doenças do aparelho circulatório

DM - diabetes mellitus

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

PA - pressão arterial

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

AVC - Acidente Vascular Cerebral

SUS - Sistema Único de Saúde

ACS - Agente Comunitário de Saúde